



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA REPARADORA DEL CARTÍLAGO ARTICULAR (PERFORACIONES, AUTOINJERTOS, MOSAICOPLASTIAS, ALOINJERTOS TRANSPLANTE AUTOLOGO DE CONDROCITOS CULTIVADOS).

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en y DNI nº.....

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en y DNI nº.....
en calidad de (*Representante legal, familiar o allegado*) de:
..... (*Nombre y dos apellidos del paciente*)

DECLARO

Que el Dr:
(*nombre y apellidos del médico que proporciona la información*), **me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una INTERVENCION QUIRURGICA REPARADORA DEL CARTÍLAGO ARTICULAR (PERFORACIONES, AUTOINJERTOS, MOSAICOPLASTIAS, ALOINJERTOS TRANSPLANTE AUTOLOGO DE CONDROCITOS CULTIVADOS, etc) .**

1. El propósito principal de la intervención es intentar restaurar el cartílago articular y disminuir el deterioro progresivo de la articulación.
2. La intervención precisa anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia, quien le indicará los riesgos y complicaciones.
3. Las intervenciones que principalmente pueden realizarse son:
 - a. Perforaciones: Consiste en perforar en hueso de debajo del cartílago para que se cree un tejido cicatricial parecido al cartílago sano.
 - b. Autoinjertos: Consiste en extraer fragmentos de cartílago y hueso de zonas sanas que no soportan peso para fijarlas en las zonas sin cartílago y sometidas a carga y desgaste.
 - c. Mosaicoplastia: Es una variante de autoinjerto en los que se extraen uno o varios cilindros de hueso y cartílago y se incrustan en la zona dañada.
 - d. Aloinjerto: Consiste en sustituir la zona lesionada por una pieza similar tallada procedente de un donante cadáver humano.
 - e. Trasplante autólogo de condrocitos cultivados: En una primera intervención se extrae mediante artroscopia unos pequeños fragmentos de cartílago sano que se

cultivan en un banco de tejidos. En una segunda intervención se implantan estas células de cartílago cultivadas.

Estos tratamientos se pueden realizar mediante artroscopia, o bien mediante artrotomía (abriendo la articulación).

Debe ser el especialista que le trata quien debe recomendarle la técnica más adecuada para su caso específico.

Para algunas de las técnicas empleadas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales dentro del hueso. Estos implantes pueden ser permanentes o bien puede ser necesaria su retirada en una segunda intervención. En ocasiones, determinados implantes se reabsorben con el paso del tiempo.

4. Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO REPARADOR DE LAS LESIONES DEL CARTÍLAGO ARTICULAR**, pueden ser entre otras:

- a. Fracaso de la reparación del cartílago, que puede suponer la necesidad de otra intervención quirúrgica.
- b. Infección de las heridas operatorias o de la articulación. La frecuencia de esta complicación en la cirugía artroscópica es mínima, pero en algunos casos puede desembocar en sepsis generalizada y muerte del paciente.
- c. Lesión de estructuras vasculo-nerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
- d. Hemorragia masiva de un gran vaso que puede ocurrir durante la intervención o posteriormente y que puede llegar a provocar una anemia aguda y muerte del paciente.
- e. Rigidez articular y pérdida parcial o total de la movilidad de la articulación con posterioridad a la intervención, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
- f. Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
- g. Roturas de tendones o ligamentos adyacentes a la articulación.
- h. Daño del cartílago articular, meniscos y ligamentos cruzados.
- i. Hemartros y hematomas de zonas adyacentes.
- j. Algoneurodistrofia (Síndrome de dolor regional complejo tipo I).
- k. Parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperables y son muy poco frecuentes.
- l. Extravasación de líquido a los tejidos circundantes (en caso de artroscopia).
- m. Síndrome compartimental.
- n. Fallos y roturas del material o instrumental empleado.
- o. Flebitis o Tromboflebitis y eventualmente tromboembolismo pulmonar que puede provocar la muerte del paciente.
- p. RIESGOS PERSONALIZADOS:.....
.....

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá realizar algún tipo de maniobra o intervención no informada previamente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una **INTERVENCION QUIRURGICA REPARADORA DEL CARTÍLAGO ARTICULAR**

En(Lugar y fecha)

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE

REVOCACIÓN

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en..... y DNI nº.....

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en..... y DNI nº.....
en calidad de..... (Representante legal, familiar o allegado) de:
..... (Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....(Lugar y Fecha)

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE